

卫生公平的文化壁垒

——跨方言区流动降低了公共卫生服务可及性吗*

张楠 高梦媛 寇璇

内容提要:构建优质、高效和公平的基本公共卫生服务体系是践行健康中国战略的重要一环,而地域文化对个人获得卫生资源具有潜在影响。本文利用方言测度文化差异,基于中国方言区地理信息匹配 2017 年城市户籍与流动人口对比专题调查数据,实证分析了方言障碍对流动人口基本公共卫生服务可及性的影响。结果显示:跨方言区流动的外来人群面临卫生公平的文化壁垒,方言障碍显著阻碍了流动人口主动接受和获取公共卫生服务,这一结论在一系列稳健性检验中均成立;考察方言障碍的异质性发现,这种阻碍效应发生在迁入非省会城市和乡-城流动样本中,而在迁入省会城市和城-城流动样本中不明显;机制分析表明,打破信息阻隔、提高社会信任以及构建社会网络能够缓解方言的阻碍效应;公共卫生服务可及性不高会对流动人口身体健康和劳动供给产生负面效应。本文的结论对于加强地域文化理解、完善现代流动人口治理机制和优化公共卫生体系都有重要的参考价值。

关键词:流动人口 文化差异 方言 公共卫生服务可及性

作者简介:张楠,西南财经大学财政税务学院副教授,611130;

高梦媛,中国人民大学国际学院硕士研究生,100872;

寇璇,西南财经大学财政税务学院博士研究生,611130。

中图分类号:F812.0 **文献标识码:**A **文章编号:**1002-8102(2021)02-0036-15

一、引言

面对突如其来的新冠肺炎疫情,在党中央的坚强领导下,各地全面落实坚定信心、同舟共济、科学防治、精准施策的总要求,经过艰苦卓绝的严格防控与医疗救治,取得了全国疫情防控阻击战重大战略成果,体现了中国危机管理的历史传统和巨大制度优势。中国抗击新冠肺炎疫情的经验已经成为人类应对重大突发公共卫生事件的成功典范,为全球抗疫贡献了中国智慧与中国力量。但是,疫情防控也是对治理体系和治理能力的一次大考,暴露出地方政府治理能力和公共卫生应急管理体系的短

* 基金项目:国家社会科学基金青年项目“基于流动人口多维贫困治理的财政扶贫机制优化研究”(18CJY053)。感谢匿名审稿人的宝贵意见,文责自负。张楠电子邮箱:zhangnan@swufe.edu.cn。

板和弱项。习近平总书记在抗击疫情专家学者座谈会上强调,人民安全是国家安全的基石,只有构建起强大的公共卫生体系,织密防护网、筑牢筑实隔离墙,才能切实为维护人民健康提供有力保障。^①

世界上大部分的健康收益是由公共卫生贡献的,防控疫情暴发更要积极发挥公共卫生系统的作用。^②不积跬步无以至千里,打造“战平结合、平战结合”的公共卫生“防、控、治、研、学、产”体系,首要是提供优质、高效和公平的基本公共卫生服务。《“健康中国2030”规划纲要》要求,强化覆盖全民的公共卫生服务,推进基本公共卫生服务均等化,尽快实现人人享有基本医疗卫生服务的宏伟目标。2019年中国流动人口达到2.36亿人,占全国总人口的近17%,在流动人口日益成为城市新增人口主力的背景下,基本公共卫生服务不能忽视这群城市的边缘人。但是,伴随大量人口在城市集聚,流动人口卫生服务利用水平偏低、健康结果不佳等问题依旧突出。传统研究强调户籍制度、财政偏袒对流动人口获取教育、医疗卫生、住房保障等基本公共服务的的社会影响,认为地方政府在户籍人口和流动人口之间存在公共品的歧视性供给,流动人口基本公共服务在传统财政体制框架中是一个盲区(刘尚希,2012;甘行琼等,2015)。

那么,只把目光聚焦于一揽子公共品中的卫生服务,是否还存在卫生资源配置的财政投入“错位”、管理机制不健全、户籍约束等制度障碍?事实上,随着规章制度出台、管理方式细化、财政激励机制完善,政府已建立起与人口流动相容的基本公共卫生服务供给体制。2014年新组建的卫生计生委明确将流动人口纳入社区卫生计生服务对象,建立流动人口信息共享机制和与城乡户口登记制度相适应的卫生计生机制。流动人口享受的基本公共卫生服务项目持续“提质扩面”,从2009年初步确立的健康教育、健康档案和传染病防治等9类服务项目扩展到包括卫生计生监督协管、医药健康管理、结核病患者健康管理等14类服务项目。为推动基本公共卫生领域投入保障长效机制平稳运行,政府已组建了一套完整的、激励约束相容的公共卫生服务供给财政机制。2019年实施的《医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案》(以下简称《方案》)规定,基本公共卫生服务明确为中央与地方共同财政事权,由中央财政和地方财政共同承担支出责任。《方案》考虑到省际劳动力流动与地方政府筹资压力,实行中央分档分担办法,中央资金重点向困难地区倾斜,对西部和中部省份补助80%和60%,对东部地区不同省份补助10%、30%或50%。在省以下财政支出责任划分中,基本公共卫生服务支出通常由省级财政统筹,省财政厅在年初编制预算时以各地市的常住人口数量拨付资金,从而激励地、市、县政府主动为流动人口提供公共卫生服务。

总体而言,基本公共卫生服务“费随人走”的财政机制已基本建立,那么为何流动人口卫生服务可及性仍然较差?已有研究多从资源配置、财政约束、制度环境等“供给”视角探究公共服务可及性,而立足于“需求”视角的研究相对薄弱(代佳欣,2017)。作为卫生服务需求者,流动人口很有可能存在一种来源于自身特征的相对隐性因素,造成了基本公共卫生服务在个体层面的短缺。流动人口与本地人口的主要区别在于出生成长地不同,在特定成长环境中,个体会潜移默化地烙上地域文化印记,流动人口向城市集聚的背后是地域文化的碰撞与融合。中国疆土广阔、人口众多,不同地理环境与历史传承演化出的地域文化更是各具特色、源远流长,地域文化会影响个体对公共卫生服务的认知、互动与策略选择。因此,我们很自然地意识到,由文化差异所导致的隐形壁垒会影响公共卫生政策的效率。

尽管这种微妙的“文化壁垒”往往不易被察觉,但在理论上也会阻碍流动人口主动接受和获取基本公共卫生服务。从直观上分析,相似的文化背景有利于沟通与协调,而文化差异会导致不同

① 《构建起强大的公共卫生体系:习近平总书记在专家学者座谈会上的重要讲话引发强烈反响》,人民网,2020年6月4日。

② 《美国CDC前主任费和平:中国为全球其他国家争取了时间》,新浪网,2020年3月3日。

群体之间的沟通障碍(Guiso等,2009)。特别是对于健康教育这类需要供给者与需求者充分交流与讨论才能起到效果的卫生服务项目,文化背景的差异可能会减少双方的深入讨论、增强沟通成本,从而降低流动人口接受健康教育服务的意愿。

在显性机制背后,文化差异还有可能从两种隐性渠道影响卫生服务可及性。一方面,由于地域歧视和偏见普遍存在,文化符号形成了身份认同和人际信任的基石(费孝通,2013)。文化背景相似的个体由于地域归属感以及身份和心理上的认同感形成“内群体”,而文化差异较大的其他个体则会因隔阂、歧视、偏见被视为“外群体”,内、外两个群体在一定程度上形成观念意识上的距离感(李红、韦永贵,2020)。如果迁入本地的流动人口成长于不同地域文化中,极易将基层医疗卫生工作人员归类于“外群体”,这种信任隔阂造成了流动人口不会主动回应卫生服务人员的健康管理。另一方面,文化壁垒直接增加了流动人口参与公共事务的沟通成本与协调成本,影响信息传递的效率和可及性(马双、赵文博,2018)。文化差异导致不同群体之间的信息沟通障碍,增加了信息摩擦并制约信息交换,提高了个体信息收集成本(Chiswick和Miller,2010),从而阻碍了公共卫生服务政策的信息传播,而文化相似的群内成员有信息和资源优势,这无疑会减少信息不对称程度,降低公共卫生政策实施的效率损失。因此,来到陌生文化环境的流动人口难以准确获取当地公共卫生服务项目信息,造成自身的卫生服务可及性不高。

那么,如何度量中国的地域文化?近年来,方言作为传统地域文化的基本载体,被学者们视为中国内部文化差异的理想度量指标(刘毓芸等,2015;林建浩、赵子乐,2017)。本文追随同类经典文献,采用方言作为文化的代理变量,跨方言区流动会产生方言障碍、文化壁垒。党的十九届四中全会强调“完善公共服务体系,推进基本公共服务均等化、可及性”,可及性成为公共服务基本标准得以落实的重要衡量因素。然而,准确识别出文化壁垒与基本公共卫生服务可及性的因果关系,仍然缺乏实证上的充分验证和客观评判。流动人口基本公共卫生服务可及性较差,在多大程度上来自方言障碍的影响?方言障碍是否存在异质性,会因来源地或迁入地差异而呈现不同的结果?方言障碍究竟是通过何种渠道对卫生服务获得造成了影响,如何制定消除这一影响的政策方案,进而使全民享有均等、优质的基本公共卫生服务?这一系列问题涉及新型城镇化、健康中国等诸多重大发展战略,科学地量化研究与客观评估对补齐地方治理能力短板具有重要意义。

本文基于《汉语方言大词典》、《中国语言地图集》及1986年《中华人民共和国行政区划简册》识别了外来人口所在的户籍地和居住地的方言,采用2017年城市户籍与流动人口对比专题调查数据构建基本公共卫生服务可及性指标,全面评估了跨方言区流动产生的方言障碍对流动人口卫生服务获得的阻碍效应、异质性、传导机制及其经济后果。相对于既有研究而言,本文可能的边际贡献在于:(1)考察非正式制度因素对卫生公共品的影响,从文化角度揭示了流动人口卫生服务非均等化的隐形壁垒,丰富了语言经济学、公共品供给等领域的研究文献;(2)在研究设计上,基于精确的流出地区县与流入地区县地理坐标,构造了方言障碍和方言距离指数,并且构建出信息充分的基本公共卫生服务可及性指标;(3)探讨了方言阻碍效应的异质性和影响渠道,深入分析了公共卫生服务获得不足的经济后果,为推进健康中国建设提供了针对性的政策建议。

二、文献评述

弥合健康差距,消除决定卫生资源分配不均的社会经济因素,为全体居民构筑公共卫生安全屏障,一直是公共卫生治理体系的核心目标。国内外学者围绕相关主题进行了多层次、多角度的

深入研究,以期寻找实现卫生公平的最佳方略。

(一) 流动人口的基本公共卫生服务

流动人口是中国独特的户籍制度下产生的一个群体,国外一般没有“流动人口”这一概念,与之特征相近的群体被称为“不规则移民”和“非登记移民”。即使在发达国家,也会因沟通不畅、文化误解、医疗资源不足以及制度上的保护政策缺失,导致这一群体存在享受卫生健康服务权益的障碍(Strassmayr 等,2012)。中国强调不同地区不同阶层平等地获得公共卫生服务,在实现基本公共卫生服务均等化过程中强调机会均等和结果均等(安体富、任强,2007)。2009 年新医改方案提出健全基层医疗卫生服务体系、促进基本公共卫生服务逐步均等化以来,医疗卫生资源供给水平及其均等化程度均有明显提高(马志飞等,2018)。但是,针对流动人口档案建立、健康教育、健康体检、血压血糖监测等 12 项卫生服务管理项目分析的研究发现,流动人口存在卫生服务利用率偏低、可及性较差的问题(邓兵、梁静,2020)。

基本公共卫生服务可及性连接着卫生服务系统与服务人群,只有实现供给和需求的有效结合,才能促成基本公共卫生服务的有效利用(Saurman,2016)。从供给方面看,流动人口基本公共卫生服务可及性可能受到财政投入、管理机制(廖昕宇、罗阳,2015)、户籍(刘欢,2019)、医疗保险(周钦等,2013)等制度约束;而在需求方面,卫生服务可及性也受到流动人口自身条件和健康信念的影响,比如工作不稳定、社会融合度低以及健康知识匮乏(邓睿,2019)都会影响流动人口对卫生服务的需求和利用。

(二) 语言对基本公共服务可及性的影响

语言是地域族群划分和身份识别的重要标志,家乡话与本地话相近的流动人口,能够更好地适应当地主流文化规范和价值观念,使得日常生活和社会关系积累更加便捷(卢盛峰、陈悦,2019)。Derose 和 Baker(2000)检验了美国移民患者的英语水平对医疗服务利用的影响,发现英语水平较差的拉丁裔患者的就医次数比母语为英语的其他族裔患者少了大约 22%。Flores 等(2005)研究了父母语言不便对儿童健康、医疗保健、就医服务的影响,发现提高父母英语水平有助于提高儿童医疗卫生服务获得。同样地,Yu 等(2006)发现,父母英语熟练程度与子女医疗卫生服务可及性呈现正相关关系。语言障碍会导致个人接收的医疗卫生信息质量下降(Leigh,2006)。

针对中国问题开展的语言经济学研究中,学者们分析了语言特征和方言多样性对流动人口收入(Chen 等,2014)、创业行为(魏下海等,2016)、公司代理成本(戴亦一等,2016)、技术扩散(林建浩、赵子乐,2017)、市场分割(丁从明等,2018)、社会信任(黄玖立、刘畅,2017)、区域间贸易(高超等,2019)的影响。Lu 等(2019)基于 2015 年全国流动人口健康调查数据,发现语言障碍对老年流动人口健康产生了负面影响。这些文献都认为其影响机制不在于语言沟通,而在于方言背后的文化认同。

总而言之,已有研究更多关注语言对经济绩效的影响,从方言视角评估基本公共卫生服务可及性的实证研究仍然“凤毛麟角”。从理论机制看,卫生服务可及性的方言阻碍效应仍隐讳于理论阐述之中,并没有得到实证检验。尤其是在健康中国战略背景下,客观和精准评价造成公共卫生服务获得障碍的隐形壁垒,将对公共卫生管理体制深化改革带来重要的借鉴意义。

三、数据与模型设定

(一) 基准模型

为了检验代表地域文化差异的方言障碍是否降低了流动人口享有卫生服务的可及性,建立如

下模型:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 dialect_i + \gamma X_i + \varepsilon_i \quad (1)$$

其中, Y_i 为基本公共卫生服务可及性水平, $dialect_i$ 代表流动人口是否存在方言障碍, 用流动者户口所在地和迁入地是否为同一方言区来度量, 若个体户籍地与居住地不属于同一个方言区取值为 1, 否则取值为 0。本文的识别策略排除了外来人口为迁入某地而特意学习本地话或因能力强更易掌握本地话产生的内生性问题, 能较为干净地识别语言的影响。 X_i 为影响基本公共卫生服务可及性的控制变量, 包括收入水平、受教育程度、性别、年龄、婚姻状况、政治身份等个体特征变量, 以及人口密度、城镇职工收入、经济增长等地区层面变量。

现实中流动人口的迁入地选择是衡量个人状况、家庭环境和流入地城市特征等多种因素综合考虑的结果, 选择跨方言区流动还是在同一方言区内迁徙时, 影响这一决策的因素在流动人口间也具有不同的分布特征(金江等, 2018)。因此, 本文进一步采用极大似然估计的处理效应模型来解决样本自选择问题造成的结果偏误。具体而言, 类似于两阶段工具变量法, 处理效应模型包含两个方程——流动人口迁入地选择的处理方程(2)和带有自选择变量的结果方程(3), 其形式如下:

$$dialect_i = \delta_0 + \delta M_i + u_i \quad (2)$$

$$Y_i = \alpha_0 + \beta dialect_i + \alpha X_i + \varepsilon_i \quad (3)$$

跨方言区迁移时 $dialect_i$ 取值为 1, 流动范围同属于一个方言区时则取值为 0。 M_i 包含影响个体是否跨方言流动的因素, ε_i 、 u_i 扰动项服从二维正态分布, 跨方言区流动和同一方言区流动的样本因变量期望之差为:

$$E(Y_i | dialect_i = 1) - E(Y_i | dialect_i = 0) = \beta + \rho \sigma_\varepsilon [\lambda(-M_i \delta) + \lambda(M_i \delta)] \quad (4)$$

其中, $\lambda(\cdot) \equiv \phi(\cdot) / [1 - \Phi(\cdot)]$ 为逆米尔斯比率, ε_i 与 u_i 的相关系数是 ρ 。跨方言区流动时个体 i 的逆米尔斯函数 $\lambda_i = \lambda(-M_i \delta)$, 同方言区流动时 $\lambda_i = -\lambda(M_i \delta)$, 得到 $E(Y_i | X_i, M_i) = \alpha X_i + \beta dialect_i + \rho \sigma_\varepsilon \lambda_i$ 。本文采用极大似然法估计处理效应模型, 而估计值 $\hat{\beta}$ 就是克服自选择问题后方言障碍对流动人口公共卫生服务影响的净效应。一般而言, M_i 可以影响流动人口的迁入地选择, 但并不影响其获得卫生服务, 本文将父母流动经历、个体流动次数以及是否拥有社会保障卡作为识别变量。

(二)数据来源

本文将《汉语方言大词典》、《中国语言地图集》以及 1986 年《中华人民共和国行政区划简册》整理所得的方言数据与 2017 年城市户籍与流动人口对比专题调查数据进行匹配, 该调查在长沙市、广州市、青岛市、苏州市、乌鲁木齐市、西双版纳傣族自治州、郑州市、重庆市 8 个城市展开。调查数据覆盖了流动人口的收入水平、就业情况、流动及居留意愿、健康与公共服务、社会融合、现居住地区县、户籍地区县, 能在县市层面精确匹配到流动人口户籍地与居住地的方言类别。在上述匹配数据基础上, 本文整理匹配了流入城市特征数据, 剔除了在流入地居住不满半年的样本,^①最终获得了 8356 个外来流动人口的分析样本。

① 根据人口普查的定义, 在本乡、镇、街道居住半年以上, 常住户口在本乡、镇、街道以外的人属于常住人口。将流动人口限制在居住满半年以上, 以剔除不能享受基本公共卫生服务的流动人口带来的高估。

(三)变量说明

1. 方言障碍

本文基于徐现祥等(2015)的方言树图,将汉语方言匹配到县级行政区。汉语方言由粗略到细致分为:10 个方言大区、24 个方言区与 105 个方言片。10 个方言大区包括官话区、晋语区、吴语区、徽语区、赣语区、湘语区、闽语区、粤语区、客家话区、平话区。24 个方言区是在方言大区基础上对官话区和闽语区进行细分,105 个方言片是汉语方言地图的最小划分单位。本文首先以 24 个方言区识别流动人口户籍地与居住地县域所属的语言种类,样本跨方言区流动时方言障碍指标 $dialect_i$ 取值为 1,否则 $dialect_i$ 取值为 0。

2. 基本公共卫生服务可及性

世界卫生组织在 2000 年将卫生服务可及性归纳为居民实现最基本医疗卫生需求的难易程度。随着可及性概念的内涵不断丰富,可及性不局限于“进入卫生服务体系”这一单个环节。一种是将可及性解释为卫生服务供给方与服务使用需求方之间的适配度(Peters 等,2008),另一种是将可及性定义为卫生服务使用的实际状况(Shengelia 等,2005)。综合学者们的定义,本文用个人实际发生的卫生服务利用水平度量基本公共卫生服务可及性。基本公共卫生服务包含 14 种项目,其中传染病防控、预防接种、孕产妇和儿童健康管理等通常适用于特定服务对象,而健康档案、健康体检和健康教育等 3 类服务具有普遍适用性,并处于基本公共卫生服务中的基础性地位。结合数据可得性,本文选取健康档案、健康体检和健康教育等 3 个维度的 11 个指标,构建基本公共卫生服务可及性指数。

表 1 基本公共卫生服务指标体系

维度	调查问题
健康档案	本地是否给您建立了居民健康档案
健康体检	过去一年,您是否接受过本地社区卫生服务中心(站)/乡镇卫生院免费提供的针对上述疾病(高血压或Ⅱ型糖尿病)的随访评估、健康体检等服务
健康教育	过去一年,您在现居住村/居是否接受过疾病防治方面的健康教育

注:健康教育具体涉及职业病防治、性病/艾滋病防治、生殖健康与避孕、结核病防治、控制吸烟、心理健康、慢性病防治、妇幼保健/优生优育以及突发公共事件自救等 9 个方面。

本文采用了 Sarma(2016)提出的平均欧几里得距离法,对基本公共卫生服务分项指标加总得到总指数。主要思路是将多个维度视作多维空间中的一个点,进而将多维度转化为一个矢量,在本文中对应的就是个体接受的基本公共卫生服务。在计算过程中,首先分别合成 3 个维度的卫生服务可及性指数,然后将 3 个指数合成卫生服务可及性总指数 FI :

$$FI_{a1} = \sqrt{n_1^2}/\sqrt{1}, FI_{a2} = 1 - \sqrt{(1 - n_1)^2}/\sqrt{1}, FI_a = (FI_{a1} + FI_{a2})/2 \tag{5}$$

$$FI_{b1} = \sqrt{n_2^2}/\sqrt{1}, FI_{b2} = 1 - \sqrt{(1 - n_2)^2}/\sqrt{1}, FI_b = (FI_{b1} + FI_{b2})/2 \tag{6}$$

$$FI_{c1} = \sqrt{\sum_{i=3}^{11} n_i^2}/\sqrt{9}, FI_{c2} = 1 - \sqrt{\sum_{i=3}^{11} (1 - n_i)^2}/\sqrt{9}, FI_c = (FI_{c1} + FI_{c2})/2 \tag{7}$$

$$FI_1 = \sqrt{FI_a^2 + FI_b^2 + FI_c^2}/\sqrt{3} \tag{8}$$

$$FI_2 = 1 - \sqrt{(1 - FI_a)^2 + (1 - FI_b)^2 + (1 - FI_c)^2}/\sqrt{3} \tag{9}$$

$$FI = (FI_1 + FI_2)/2$$

(10)

其中, FI_{a1} 、 FI_{a2} 、 FI_a 分别代表健康档案层面的样本点到最差点的距离、到最优点的反向距离以及平均距离, 涵盖 1 个子指标。式(6)、式(7)分别代表健康体检和健康教育层面的对应值, 共涵盖 10 个子指标。 FI_1 、 FI_2 、 FI 则代表综合考虑三个层面的实际点到最差点的距离、到最优点的反向距离以及平均距离, 得到卫生服务可及性 1 指标。

基本公共卫生服务中的健康教育维度与语言直接相关, 健康教育是一个以语言沟通为媒介的双向交流过程, 自然会因流动人口的语言问题产生障碍, 从而降低外来人口接受卫生教育的主动性。考虑到方言阻碍效应的影响机制不仅包括语言沟通障碍这一显性渠道, 还可能存在信息获取和社会信任两种隐性作用渠道。因此, 为了排除健康教育因素在识别文化壁垒过程中可能造成的高估, 沿用平均欧几里得距离法, 采用健康档案 FI_a 与健康体检 FI_b 两个维度构造卫生服务可及性 2 指标。

四、实证结果分析

(一) 基础回归

表 2 第(1)、(2)列报告了方言障碍对流动人口卫生服务可及性的影响, 结果显示, 无论构造的卫生服务可及性指数是否包含健康教育, 方言障碍的估计系数均在 1% 的显著性水平下为负, 跨方言区流动人群的卫生服务利用水平低于同方言区流动人群。结果证明, 伴随跨方言区流动产生的沟通不便、身份认同歧视以及社会排斥感, 阻碍了流动人口主动接受和获取更多卫生服务, 基本公共卫生服务均等化进程中存在文化阻碍这一隐形壁垒。考虑到方言障碍可能对不同类别的公共卫生服务产生不同效应, 采用 Probit 模型分别估计方言障碍对可及性三个维度的影响。将“健康档案”变量定义为建立了健康档案为 1, 否则为 0; “健康体检”变量定义为接受过健康体检等服务为 1, 否则为 0; “健康教育”变量定义为至少接受过其中一项健康教育为 1, 否则为 0。表 2 第(3)~(5)列结果显示, 方言障碍的回归系数均显著为负, 跨方言区流动减少了外来人口获得健康档案管理、健康体检以及健康教育的概率, 佐证了本文识别出的方言障碍并不仅仅与需要用语言进行传播的“健康教育”相关, 方言障碍还反映出了深层次的文化壁垒。

表 2 方言障碍对基本公共卫生服务可及性的影响

变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	卫生服务可及性 1	卫生服务可及性 2	健康档案	健康体检	健康教育
方言障碍	- 0. 021 *** (0. 008)	- 0. 027 *** (0. 009)	- 0. 097 *** (0. 033)	- 0. 176 ** (0. 071)	- 0. 273 *** (0. 035)
常数项	0. 514 *** (0. 067)	0. 706 *** (0. 074)	- 0. 667 ** (0. 300)	2. 884 *** (0. 666)	0. 721 ** (0. 314)
控制变量	Y	Y	Y	Y	Y
Adj-R ²	0. 080	0. 050			
Psudo-R ²			0. 042	0. 125	0. 032
观测值	8356	8356	8356	8356	8356

注: ***、** 和 * 分别表示在 1%、5% 和 10% 的水平下显著, 括号内为稳健标准误。下同。

由于迁入地选择可能是基于成本－收益分析的自选择而非随机过程,接下来采用处理效应模型识别方言障碍对卫生服务获得的影响。通过极大似然法估计处理效应模型的实证结果显示,各种统计量均表明模拟性质良好,Wald chi2 值可以判断出整体模型显著,运用处理效应纠正选择性样本偏差是适合的。^① 基本公共卫生服务依旧“偏爱”同一方言区内迁徙的劳动者,方言障碍会造成卫生服务降低 0.3~0.5 个单位,这一结果同样在 1% 的水平下显著。

(二)稳健性检验

1. 方言距离与方言多样性

基础回归中以 24 个方言区作为识别工具的策略可能缺乏精准度:第一,与地理分布变异性更大的 105 个方言片相比,方言区边界与行政区划边界仍有部分类似,从而导致地理接近与方言区相同两种效应重合问题;第二,使用二元变量测度是否跨方言区流动忽视的潜在问题是,文化差异在地域上往往是渐变而不是突变的,文化差异很多时候是一个程度大小问题而不是简单的相同或不同。比如,如果流动人口的户籍所在地为东三省的东北官话区,无论其到山东省的胶辽官话区还是广东省的粤语区外出务工,都被视为跨方言区流动而取值为 1,但实际上流入广东省面临更大的语言沟通障碍和更难的文化认同。

为了解决这两个问题,本文充分利用了方言大区、方言区和方言片的信息,构造方言距离指标衡量语言障碍。具体赋值规则为:当流动人口户籍地与居住地位于同一方言片时,方言距离为 0;位于同一方言区不同方言片时,方言距离为 1;位于同一方言大区的不同方言区时,方言距离为 2;属于不同方言大区时,方言距离为 3。方言距离指数越大,代表语言障碍更大。表 3 第(1)列、第(2)列汇报了方言距离对基本公共卫生服务的影响,方言距离越大,流动人口获得的卫生服务明显降低,方言距离的估计系数均在 1% 的水平下显著为负。

表 3 方言距离、方言多样性与工具变量检验

变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	卫生服务 可及性 1	卫生服务 可及性 2	卫生服务 可及性 1	卫生服务 可及性 2	IV1(卫生服务 可及性 1)	IV2(卫生服务 可及性 2)
方言距离	-0.016 *** (0.003)	-0.023 *** (0.004)				
方言障碍			-0.104 *** (0.011)	-0.129 *** (0.013)	-0.409 *** (0.122)	-0.376 *** (0.125)
方言障碍×方言多样性			0.370 *** (0.038)	0.458 *** (0.042)		
Pagan-Hall Test					0.348 (0.554)	2.288 (0.130)
White Test					175.052 (0.00)	175.052 (0.000)
Over-identification Test					3.927 (0.269)	2.425 (0.489)
常数项	0.495 *** (0.067)	0.677 *** (0.074)	0.382 *** (0.068)	0.543 *** (0.075)	0.370 * (0.197)	0.386 * (0.204)

① 受篇幅所限,不汇报详细结果,可向作者索取。

续表 3

变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	卫生服务 可及性 1	卫生服务 可及性 2	卫生服务 可及性 1	卫生服务 可及性 2	IV1(卫生服务 可及性 1)	IV2(卫生服务 可及性 2)
控制变量	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Adj-R ²	0.082	0.054	0.090	0.063	0.808	0.772
观测值	8356	8356	8356	8356	8356	8356

注:Pagan-Hall Test、White Test、Over-identification Test 括号内为 P 值,其余括号内为稳健标准误。

语言承载着特定的文化模式和思维方式,由于外来人口家乡话与本地主流语言存在差异,从而产生了卫生服务获得的隐形壁垒。由此推之,如果一个地区本身存在着多种方言,当地居民常常以不同方言进行沟通,那么其会习惯于不同的发音和用语习惯,对外来方言的接受度将会更高,不会讲本地话的外来劳动者更易融入当地社会。因此,如果本文关于流动人口在获取卫生服务时存在文化壁垒的逻辑是正确的,那么我们应该观测到在方言多样性更大的地区,卫生服务可及性的方言阻碍效应减弱。

引入方言多样性变量,关注方言障碍与方言多样性的交互项对卫生服务可及性的影响。本部分使用的方言多样性指标来自徐现祥等(2015)的测算,构造方言分化指数。指数越大,代表方言多样性越大,对外来语言的包容性越强。表3第(3)列、第(4)列揭示了这一实证检验结果,跨方言区流动仍表现出显著的负效应,方言障碍与方言多样性的交互项均在1%的水平下显著为正值,表明方言多样性更高的地区减弱了阻碍效应,证实了前文结果是稳健的。

2. 工具变量检验

由于跨方言区流动难以找到天然有效的工具变量,本文采用 Lewbel(2012)提出的基于异方差构造工具变量的识别方法排除可能存在的内生性影响,构造方程如下:

$$Y_1 = \alpha X' + \beta Y_2 + \varepsilon_1 \tag{11}$$

$$Y_2 = \delta X' + \varepsilon_2 \tag{12}$$

其中, Y_1 为基本公共卫生服务可及性, Y_2 为内生变量,即流动人口的方言障碍, X 包含一系列外生变量,如性别、年龄和收入等。具体估计步骤分为两阶段:第一阶段,对式(12)进行回归,得到残差估计值 $\hat{\varepsilon}_2$,并构造 $(Z - \bar{Z})\hat{\varepsilon}_2$ 作为工具变量,其中外生变量向量 Z 为 X 的子集或 $Z = X$, \bar{Z} 为 Z 的均值;第二阶段,使用构造的工具变量,引入式(11)进行估计,得到方言障碍对基本公共卫生服务可及性的影响。该方法需要满足关键假设,即 $Cov(Z, \varepsilon_1 \varepsilon_2) = 0$ 且 $Cov(Z, \varepsilon_2^2) \neq 0$,由于此假设难以被直接证明,本文运用 Baum 和 Lewbel(2019)提出的三个充分条件进行替代性检验:第一, Y_2 为内生的,可能存在不可观测因素同时影响流动人口卫生服务可及性以及方言障碍;第二,式(11)的误差项应与 Z 无关,满足同方差性;第三,式(12)的误差项应满足异方差性,确保构造的工具变量与 Y_2 相关。

表3第(5)列、第(6)列表明,Pagan-Hall 检验结果保证了式(11)满足同方差性,White 检验结果保证了式(12)满足异方差性,过度识别检验结果满足工具变量外生性,说明本文采用 Lewbel IV 方法构造工具变量克服内生性问题是有效的。回归结果显示,基本公共卫生服务可及性的方言阻碍效应在1%的水平下仍显著为负,本文的基本结论依然稳健。

3. 遗漏变量与回归偏误

本文进一步考察遗漏变量带来的内生性问题是否会影响本文的结论。当存在不可观测变量时, Oster(2019) 通过模型证明可通过计算估计量 β^* 近似获得真实系数的一致估计:

$$\beta^* = \tilde{\beta} - \delta(\beta^0 - \tilde{\beta}) \times (R_{\max} - \bar{R})/(\bar{R} - R^0) \tag{13}$$

其中, β^0 和 R^0 分别表示引入受约束控制变量时, 核心解释变量的参数估计值和度量拟合优度的可决系数。 $\tilde{\beta}$ 和 \bar{R} 分别表示引入所有可观测变量作为控制变量时, 核心解释变量的参数估计值和度量拟合优度的可决系数。 δ 为选择比例, 是可观测变量与关注变量相关度和不可观测遗漏变量与关注变量相关度的比值。 R_{\max} 的含义是, 如果全部不可观测因素能够纳入模型, 回归方程的最大拟合优度。 根据 Oster(2019) 的建议, 本文采用两种识别策略检验遗漏变量的影响: 第一, δ 取 1, R_{\max} 分别设定为 \bar{R} 的 1.25 倍、1.3 倍和 1.5 倍, 或参考类似文献的实证结果确定合适的 R_{\max} , 若估计量 β^* 处于估计参数的 95% 置信区间内, 则判定结果为稳健的。 第二, 设定 $\beta = 0$ 和 R_{\max} , 求解 δ , 若 δ 大于 1 则表示通过稳健性检验。

本文通过整理国内发表于 2016—2020 年相关文献的 206 个回归结果, 设定 R_{\max} 为其中最大的拟合优度 0.430。^① 表 4 显示, 无论 R_{\max} 取 1.25 倍、1.3 倍、1.5 倍的 \bar{R} 或为 0.430, β^* 均处于估计参数的 95% 置信区间内, 并且当 $\beta = 0$ 时, δ 全部大于 1。 因此, 可以认为即使存在遗漏变量, 本文对于方言障碍与基本公共卫生服务关系的判断依然稳健。

表 4 遗漏变量检验

变量	判断标准	R_{\max} 不同设定的 β^* 结果				是否通过
		1.25 倍	1.3 倍	1.5 倍	0.430	
卫生服务可及性 1	$\beta^*(R_{\max}, \delta) \in [-0.037, -0.006]$	-0.020	-0.020	-0.019	-0.016	通过
	$\delta > 1$	45.560	37.966	22.780	4.512	通过
卫生服务可及性 2	$\beta^*(R_{\max}, \delta) \in [-0.045, -0.010]$	-0.019	-0.019	-0.019	-0.014	通过
	$\delta > 1$	50.865	42.387	25.432	3.371	通过

(三) 迁入地区和迁徙个体的异质性分析

本文的流动人口样本可以按照迁入地区和来源地分类: 第一种是将流动人口分为迁入省会城市或非省会城市两类; 第二种是通过流动人口拥有城镇户口或是农村户口, 分为城-城流动和乡-城流动两类。 迁入省会城市的劳动者可能更易主动接受卫生服务: 第一, 省会城市承担着一个省份对技术、高层次人才等高端要素的集聚功能, 往往具有更高的行政管理效率, 基层医疗卫生机构的服务供给方式能让流动人口更加认同; 第二, 作为一省的门户, 省会城市往往被要求起到示范带头作用, 展现出更强的包容性。 与乡-城流动人口相比, 城-城流动人口与迁入地城市居民的理念和处事方式更加接近, 相互信任更易达成。

基于这种逻辑判断, 应当看到方言阻碍效应更多发生在非省会城市, 而乡-城流动人口受到方言障碍的影响更大。 表 5 第(1)~(4)列汇报了流入省会城市与非省会城市的区别, 流入省会城市的样本方言障碍不再显著为负, 相比于非省会城市, 流入省会城市的跨方言区迁徙者获得的卫

① 206 个实证回归结果来自 2016—2020 年发表在《经济研究》《管理世界》《经济学(季刊)》与本文主题相关的 8 篇文献。

生服务更多。表 5 第(5)~(8)列显示了城-城流动与乡-城流动的区别,城-城流动人口面临的方言障碍并不显著,而乡-城流动人口更易因方言障碍减少卫生服务。

表 5 迁入地区与迁徙个体的异质性分析

变量	迁入地区异质性				迁徙个体异质性			
	省会城市		非省会城市		城-城流动		乡-城流动	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	卫生服务 可及性 1	卫生服务 可及性 2	卫生服务 可及性 1	卫生服务 可及性 2	卫生服务 可及性 1	卫生服务 可及性 2	卫生服务 可及性 1	卫生服务 可及性 2
方言障碍	-0.013 (0.011)	-0.010 (0.012)	-0.032 ** (0.015)	-0.053 *** (0.013)	0.009 (0.018)	-0.005 (0.022)	-0.031 *** (0.008)	-0.022 ** (0.008)
常数项	0.631 *** (0.085)	0.933 *** (0.094)	1.139 *** (0.092)	1.040 *** (0.104)	0.738 *** (0.166)	0.989 *** (0.181)	0.901 *** (0.064)	0.973 *** (0.071)
控制变量	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Adj-R ²	0.077	0.069	0.055	0.027	0.109	0.058	0.048	0.040
观测值	4870	4870	3486	3486	1411	1411	6945	6945

(四)影响机制检验

结合本文引言的影响机理分析,本部分从显性影响机制和隐性影响机制两个维度,对方言障碍影响卫生服务可及性的作用机制进行检验,试图以此深入地揭示文化差异与基本公共卫生服务可及性的内在关系。

上文验证了方言障碍对可及性三个维度的影响均显著为负,进一步基于 Probit 模型计算方言障碍的平均边际效应,以此检验显性影响机制。边际效应测算结果发现,方言障碍对健康教育的影响效应最大,在其他条件不变的情况下,方言障碍使流动人口获得健康教育的概率减少 7.95%,而使流动人口获得健康档案和健康体检的概率分别减少 3.51% 和 0.69%。健康教育服务项目与语言交流密切相关,说明方言阻碍效应呈现的直接显性机制是因语言不便问题而产生的沟通壁垒。

接下来,探讨方言障碍是否通过社会信任和信息获取对基本公共卫生服务可及性产生影响,在模型(1)的基础上引入渠道变量与方言障碍的交叉项。首先考察社会信任,如同前文分析,跨方言流动的个体可能无法获得身份认同,难以与本地人建立信任关系,从而影响卫生服务可及性。本部分采用问卷题目“我觉得本地人愿意接受我成为其中一员”来衡量社会信任程度。该变量定义为“完全不同意(取值为 1)、不同意(取值为 2)、基本同意(取值为 3)、完全同意(取值为 4)”四个等级。在表 6 第(1)列汇报了方言障碍对社会信任的影响,方言障碍的估计系数显著为负,跨方言区流动会显著降低流动人口对本地人的信任程度。接下来,将方言障碍与社会信任这一交互项引入基准模型(1),从表 6 第(2)列和第(3)列可以看出,该交互项的估计系数均显著为正,意味着社会信任是方言障碍降低卫生服务可及性的可能渠道。

接下来考察是否存在信息获取这一渠道。采用问卷题目“您是否听说过国家基本公共卫生服务项目”构造该变量,这一问题直接反映了流动人口对基本公共卫生服务政策信息的获取情况,选择“听说过”赋值为 1,否则为 0。表 6 第(4)列汇报了以信息获取为因变量的估计结果,结果显示方言障碍的估计系数显著为负,表明跨方言区流动显著降低了流动人口获取基本公共卫生服务信息的概率。引入方言障碍与信息获取的交互项,表 6 第(5)列、第(6)列结果显示,交互项的估计系

数都显著为正且通过了 1% 的水平的显著性检验,这说明信息获取也是方言障碍影响卫生服务可及性的重要渠道。

表 6 方言阻碍效应的影响机制									
变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	社会信任	卫生服务 可及性 1	卫生服务 可及性 2	信息获取	卫生服务 可及性 1	卫生服务 可及性 2	社会网络	卫生服务 可及性 1	卫生服务 可及性 2
方言障碍	-0.038 ** (0.018)	-0.162 *** (0.019)	-0.179 *** (0.022)	-0.070 *** (0.011)	-0.191 *** (0.008)	-0.208 *** (0.009)	-0.034 *** (0.012)	-0.067 *** (0.008)	-0.061 *** (0.010)
方言障碍 × 社会信任		0.046 *** (0.006)	0.050 *** (0.007)						
方言障碍 × 信息获取					0.259 *** (0.007)	0.277 *** (0.008)			
方言障碍 × 社会网络								0.098 *** (0.008)	0.073 *** (0.010)
常数项	2.310 *** (0.159)	0.529 *** (0.067)	0.723 *** (0.074)	0.547 *** (0.107)	0.508 *** (0.063)	0.699 *** (0.071)	-0.214 ** (0.109)	0.566 *** (0.067)	0.745 *** (0.074)
控制变量	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Adj-R ²	0.018	0.086	0.056	0.057	0.171	0.136	0.053	0.094	0.056
观测值	8356	8356	8356	8356	8356	8356	8356	8356	8356

为了进一步检验社会信任和信息获取是方言障碍影响卫生服务可及性的隐性渠道,构造社会网络变量。相似的文化背景使人们更愿意同“相似”的群体产生互动,社会信任程度加深和信息获取便利将有利于拓展社会关系。反之,由于外来人员离开家乡来到陌生城市,原有人际关系不再起作用,参与社交活动、重构社会网络会增加互动与沟通,既有利于增加信息获取渠道,也有利于提高与本地人的信任水平。社会网络变量来源于问卷题目“是否参加过工会、志愿者协会、同学会、老乡会、家乡商会活动”,“参加了”赋值为 1,否则为 0。表 6 第(7)~(9)列结果显示,方言障碍对社会网络的影响显著为负,方言障碍与社会网络交互项的估计系数在 1% 的水平下显著为正,说明方言障碍通过阻碍个人社会网络拓展进而降低了卫生服务可及性。

由此推之,如果流动人口能够打破信息阻隔、建立本地人际的身份认同、重新拓展个人社会关系网络,那么将有利于降低其与卫生服务提供者之前的沟通和协调成本,减少信息不对称程度、消除信任障碍,从而主动接受和获取公共卫生服务。

五、进一步讨论

方言障碍导致的卫生服务可及性降低会给个体带来哪些负面效应,本部分从身体健康和劳动供给决策两个方面探究可能的经济后果。首先,卫生政策通过建立居民健康档案、宣传健康教育等向流动人口提供科学的健康信息,提高了健康素养和疾病预防意识,从而减少了个体患病概率。其次,流动人口享受到当地政府提供的公共服务,可以降低其迁徙风险、提高工作风险承受能力,当他们在一个城市获得公共服务的满足感时,会倾向于增加劳动供给,为家庭创造更好生活环境而努力工作。

本部分构造了患病次数和工作时长作为被解释变量,根据问题“最近一年出现的腹泻、发烧、

皮疹、黄疸、结膜红肿、感冒六种症状”识别患病次数,工作时长用“这周工作小时数”衡量。表 7 第(1)列、第(2)列结果显示,方言障碍显著增加了流动人口的患病次数,提高卫生服务可及性会显著减少患病次数。第(3)列、第(4)列结果表明,方言障碍显著减少了工作时长,而获取更多卫生服务会明显增加工作时长。回归结果证实,方言障碍会对流动人口的身体健康和劳动供给产生负面影响,卫生服务能够抑制这种负效应,但方言障碍导致了卫生服务可及性降低,进而导致跨方言区流动的外来人口承受了卫生服务获得不足带来的经济后果。

表 7 公共卫生服务可及性不高的经济后果				
变量	(1)	(2)	(3)	(4)
	患病次数	患病次数	工作时长	工作时长
方言障碍	0.089 *** (0.034)	0.036 ** (0.016)	-1.639 * (0.898)	-1.255 (0.921)
卫生服务可及性 1	-0.066 * (0.035)		4.151 *** (0.878)	
方言障碍 × 卫生服务可及性 1	-0.073 (0.045)		0.164 (1.180)	
卫生服务可及性 2		-0.061 *** (0.022)		1.942 ** (0.832)
方言障碍 × 卫生服务可及性 2		-0.033 *** (0.012)		-0.428 (1.099)
常数项	0.267 * (0.149)	0.265 * (0.147)	66.286 *** (3.919)	67.047 *** (3.927)
控制变量	Y	Y	Y	Y
Adj-R ²	0.012	0.012	0.104	0.100
观测值	8356	8356	8356	8356

六、结论与建议

本文从代表地域文化差异的方言视角切入,基于中国方言区分布数据和 2017 年流动人口与户籍人口对比专题调查数据匹配,探究了流动人口跨方言区迁徙是否降低了基本公共卫生服务可及性。研究结论如下:(1)方言障碍确实阻碍了流动人口卫生服务获得,这一结论在多种稳健性检验下依然成立;(2)这种阻碍效应主要发生在迁入非省会城市和乡-城流动样本中,而在迁入省会城市和城-城流动样本中不明显;(3)机制分析显示,打破信息阻隔、提高社会信任以及构建社会网络能够帮助跨方言区流动的外来人口主动接受和获取卫生服务;(4)卫生服务获得不足会给流动人口带来明显的经济后果,增加患病次数、降低工作时长。基于以上研究结论,本文提出如下政策建议。

第一,加强地域文化之间的交流。继续大力推广普通话,提高信息传递效率,弱化由口语不同带来的身份歧视。鼓励流动人口主动习得当地方言、积极融入当地民俗文化,以减少沟通障碍与社会排斥。积极开展跨地区文化交流活动,提高本地市民对外来人口的包容度,打造厚德载物的文化氛围,消除地区本位主义,在发展中兼顾文化的多样性与统一性。第二,完善现代流动人口治

理机制。健全流动人口流入地与流出地政府间协同治理机制,促进流动人口信息数据跨区域共享,推行以融合为目的流动人口治理政策。打造城乡社区流动人口管理服务长效机制,健全流动人口保障体系,为实现城乡一体化的公共服务提供更好的治理模式。第三,优化公共卫生服务体系。加强对基本公共卫生服务项目的宣传,提高流动人口服务利用的主动性。持续开展居民健康动态监测和电子健康档案开放服务,搭建公共卫生基础数据共享平台,打通居民基本健康信息孤岛,依靠大数据实现精准服务和卫生监督,提升公共卫生服务体系整体效能。

参考文献:

1. 安体富、任强:《公共服务均等化:理论、问题与对策》,《财贸经济》2007年第8期。
2. 代佳欣:《可及性的概念、测度及影响因素研究:文献综述》,《学习与实践》2017年第4期。
3. 戴亦一、肖金利、潘越:《“乡音”能否降低公司代理成本?——基于方言视角的研究》,《经济研究》2016年第12期。
4. 邓兵、梁静:《流动人口慢性病患者公共卫生服务利用现状及影响因素》,《中国慢性病预防与控制》2020年第6期。
5. 邓睿:《健康权益可及性与农民工城市劳动供给——来自流动人口动态监测的证据》,《中国农村经济》2019年第4期。
6. 丁从明、吉振霖、雷雨、梁甄桥:《方言多样性与市场一体化:基于城市圈的视角》,《经济研究》2018年第11期。
7. 费孝通:《乡土中国》,中华书局2013年版。
8. 甘行琼、刘大帅、胡朋飞:《流动人口公共服务供给中的地方政府财政激励实证研究》,《财贸经济》2015年第10期。
9. 高超、黄玖立、李坤望:《方言、移民史与区域间贸易》,《管理世界》2019年第2期。
10. 黄玖立、刘畅:《方言与社会信任》,《财经研究》2017年第7期。
11. 金江、孟勇、张莉:《跨方言区流动,自选择与劳动力收入》,《统计研究》2018年第8期。
12. 李红、韦永贵:《文化多样性与区域经济发展差异——基于民族和方言视角的考察》,《经济学动态》2020年第7期。
13. 廖昕宇、罗阳:《国内流动人口计划生育公共服务均等化研究综述》,《西北人口》2015年第2期。
14. 林建浩、赵子乐:《均衡发展的隐形壁垒:方言、制度与技术扩散》,《经济研究》2017年第9期。
15. 刘欢:《户籍管制,基本公共服务供给与城市化——基于城市特征与流动人口监测数据的经验分析》,《经济理论与经济管理》2019年第8期。
16. 刘尚希:《我国城镇化对财政体制的“五大挑战”及对策思路》,《地方财政研究》2012年第4期。
17. 刘毓芸、徐现祥、肖泽凯:《劳动力跨方言流动的倒U型模式》,《经济研究》2015年第10期。
18. 卢盛峰、陈悦:《语言的力量:讲本地话增进了流动人口的社会融合吗?》,《经济科学》2019年第4期。
19. 马双、赵文博:《方言多样性与流动人口收入——基于CHFS的实证研究》,《经济学(季刊)》2018年第1期。
20. 马志飞、尹上岗、乔文怡、李在军、吴启焰:《中国医疗卫生资源供给水平的空间均衡状态及其时间演变》,《地理科学》2018年第6期。
21. 魏下海、陈思宇、黎嘉辉:《方言技能与流动人口的创业选择》,《中国人口科学》2016年第6期。
22. 徐现祥、刘毓芸、肖泽凯:《方言与经济增长》,《经济学报》2015年第2期。
23. 周钦、秦雪征、袁燕:《农民工的实际医疗服务可及性——基于北京市农民工的专项调研》,《保险研究》2013年第9期。
24. Baum, C. F., & Lewbel, A., Advice on Using Heteroscedasticity-based Identification. *The Stata Journal*, Vol. 19, No. 4, 2019, pp. 757 – 767.
25. Chen, Z., Lu, M., & Xu, L., Returns to Dialect: Identity Exposure through Language in the Chinese Labor Market. *China Economic Review*, Vol. 30, 2014, pp. 27 – 43.
26. Chiswick, B. R., & Miller, P. W., Occupational Language Requirements and the Value of English in the US Labor Market. *Journal of Population Economics*, Vol. 23, No. 1, 2010, pp. 353 – 372.
27. Derose, K. P., & Baker, D. W., Limited English Proficiency and Latinos' Use of Physician Services. *Medical Care Research and Review*, Vol. 57, No. 1, 2000, pp. 76 – 91.
28. Flores, G., Abreu, M., & Tomany-Korman, S. C., Limited English Proficiency, Primary Language at Home and Disparities in Children's Healthcare: How Language Barriers Are Measured Matters. *Public Health Report*, Vol. 120, No. 4, 2005, pp. 418 – 430.
29. Guiso, L., Sapienza, P., & Zingales, L., Cultural Biases in Economic Exchange? . *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 124, No. 3, 2009, pp. 1095 – 1131.

30. Leigh, A. , Trust, Inequality and Ethic Heterogeneity. *The Economic Record*, Vol. 82, No. 258, 2006, pp. 268 – 280.
31. Lewbel, A. , Using Heteroscedasticity to Identify and Estimate Mismeasured and Endogenous Regressor Models. *Journal of Business & Economic Statistics*, Vol. 30, No. 1, 2012, pp. 67 – 80.
32. Lu, S. , Chen, S. , & Wang, P. , Language Barriers and Health Status of Elderly Migrants: Micro-Evidence from China. *China Economic Review*, Vol. 54, 2019, pp. 94 – 112.
33. Oster, E. , Unobservable Selection and Coefficient Stability: Theory and Evidence. *Journal of Business & Economic Statistics*, Vol. 37, No. 2, 2019, pp. 187 – 204.
34. Peters, D. H. , Garg, A. , Bloom, G. , Walker, D. G. , Brieger, W. R. , & Rahman, M. H. , Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 1136, No. 1, 2008, pp. 161 – 171.
35. Sarma, M. , Measuring Financial Inclusion Using Multidimensional Data. *World Economics*, Vol. 17, No. 1, 2016, pp. 15 – 40.
36. Saurman, E. , Improving Access: Modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol. 21, No. 1, 2016, pp. 36 – 39.
37. Shengelia, B. , Tandon, A. , Adams, O. B. , & Murray, C. J. , Access, Utilization, Quality, and Effective Coverage: An Integrated Conceptual Framework and Measurement Strategy. *Social Science & Medicine*, Vol. 61, No. 1, 2005, pp. 97 – 109.
38. Strassmayr, C. , Matanov, A. , Priebe, S. , Barros, H. , Canavan, R. , Díaz-Olalla, J. M. , Gabor, E. , Gaddini, A. , Greacen, T. , & Holcnerová, P. , Mental Health Care for Irregular Migrants in Europe: Barriers and How They Are Overcome. *BMC Public Health*, Vol. 12, No. 1, 2012, pp. 367 – 378.
39. Yu, S. M. , Huang, Z. J. , Schwalberg, R. H. , & Nyman, R. M. , Parental English Proficiency and Children's Health Services Access. *American Journal of Public Health*, Vol. 96, No. 8, 2006, pp. 1449 – 1455.

Cultural Barriers to Health Equity

—Does Cross-Dialect Migration Reduce Access to Public Health Services?

ZHANG Nan, KOU Xuan (Southwestern University of Finance and Economics, 611130)

GAO Mengyuan (Renmin University of China, 100872)

Abstract: Constructing a high-quality, efficient, and fair basic public health service system is an important part of implementing the Healthy China Strategy. However, regional cultures have a potential impact on individual access to health resources. Matching Chinese dialect-speaking areas' geographic information with the data from China Migrants and Household Registration Population Thematic Survey in 2017, this paper uses dialects to measure cultural differences and empirically analyzes the impact of dialect barriers on migrants' access to basic public health services. The results suggest that cross-dialect migrants face cultural barriers to health equity, and dialect barriers have significantly hindered the migrants' active take-up of and access to health services. This conclusion has been maintained in a series of robustness tests. We further investigate the heterogeneity of dialect barriers and find that this blocking effect is significant in the migration to non-provincial capitals and from rural to urban areas, but not in the migration to provincial capitals and inter-city migration. Mechanism analysis indicates that dialect barriers can be alleviated by breaking information barriers, building social trust and constructing social networks; inadequate access to health services has negative effects on the health and labor supply of migrants. These conclusions have important reference value for deepening the understanding of regional culture, improving the migration governance mechanism, and optimizing the public health management system.

Keywords: Migrants, Cultural Differences, Dialects, Access to Public Health Services

JEL: H41, I18

责任编辑: 汀 兰